

# Le centre hospitalier préfectoral de Skhirat Témara

Le Centre Hospitalier Préfectoral Sidi Lahcen (CHP) a été créé comme service de l'Etat géré de manière autonome en 1995. Le CHP rend des services sanitaires à une population de plus de 574.543 habitants avec une capacité litière d'accueil de 59 lits, soit un lit pour 9738 habitants.

Les ressources humaines du CHP sont au nombre de 209 fonctionnaires dont 15 médecins généralistes, 39 médecins spécialistes et 70 infirmiers. Les ressources financières du CHP sont composées de recettes propres et de subventions d'investissement et de fonctionnement. Le budget du CHP a connu des fluctuations durant les six dernières années. Ainsi, le plafond des charges a connu une nette augmentation passant de 5 064 000,00DH en 2010 à 8 210 000,00DH en 2015 alors que les recettes propres ont connu durant la même période une baisse notable en passant de 3 460 925,16DH en 2010 à 2 643 133,50DH en 2015.

## I. Observations et recommandations de la Cour des Comptes

La mission de contrôle de la gestion du CHP Sidi Lahcen, réalisée en partenariat avec la Cour Régionale des Comptes de Rabat-Salé-Kénitra, a permis de relever un certain nombre d'observations et d'émettre des recommandations relatives aux axes suivants.

### A. Répartition spatiale et aménagement du CHP

En ce qui concerne la répartition spatiale et l'aménagement du CHP, la mission de contrôle a relevé les insuffisances suivantes :

#### ➤ Emplacement du CHP à accès dangereux pour les usagers

Le CHP Sidi Lahcen est situé sur la route nationale n°1 qui connaît un trafic important et une forte fréquence d'accidents de la voie publique. L'entrée de l'hôpital est accessible via même la route nationale sans l'existence d'un aménagement routier qui rendrait l'accessibilité au CHP facile et sans danger.

#### ➤ Bâtiment actuel ne répondant pas aux normes d'un CHP et non branché au réseau d'assainissement liquide

L'architecture du CHP et la superficie de l'établissement ne permettent pas la mise en place d'une structure hospitalière répondant aux normes reconnues en la matière. L'étroitesse des locaux rend la tâche difficile au personnel hospitalier et ne permet pas une fluidité du mouvement au sein de l'hôpital.

De plus, le CHP n'est pas branché au réseau d'assainissement liquide de la ville. L'hôpital utilise actuellement une fausse sceptique qui connaît parfois des débordements comme cela a été le cas en 2014.

#### ➤ Structure éclatée et dispersée dans plusieurs unités

Les contraintes de l'exiguïté des locaux abritant le CHP ont poussé la direction, pour assurer des consultations spécialisées, à recourir à des antennes dans différents quartiers de la ville avec des bâtiments partagés avec d'autres structures dont des centres de soins de santé de base ou des associations. L'éclatement de la structure hospitalière génère beaucoup de problèmes sur le plan administratif, de maîtrise des rendez-vous et de la production des soins. A titre d'exemple, les patients devant bénéficier de séances de rééducation doivent se déplacer jusqu'à l'hôpital pour payer la séance de thérapie et ensuite retourner au centre à Al Massira pour être pris en charge. Ceci constitue une lourde charge pour ces patients qui dont la majorité des cas sont des personnes âgées souffrant de maladies réduisant leur mobilité.

➤ **Inadaptation des locaux dédiés aux consultations externes et dégradation de l'étanchéité au niveau de tout le bâtiment du CHP**

La dégradation de l'étanchéité du bâtiment abritant le CHP a engendré des infiltrations d'eau en période pluviale détériorant les dalles et les murs de l'hôpital et rendant ainsi insalubres les conditions d'hospitalisation des patients et les conditions de travail du personnel. Malgré les interventions de colmatage intermittentes de l'administration pour remédier à ce problème, ses actions restent insuffisantes en l'absence d'un projet de réfection de toute l'étanchéité du CHP.

En ce qui concerne les consultations externes au niveau du CHP, le centre de diagnostic dont il dispose est exigü pour les différentes consultations spécialisées prodiguées. En effet, certaines spécialistes disposent de salles de consultations pour leurs malades alors que d'autres spécialistes doivent consulter à tour de rôle faute de disposer d'une salle de consultation propre. Certaines spécialités, comme la gynécologie ou la rhumatologie et médecine interne, consultent au niveau des services de soins.

Ce centre de diagnostic est un ancien bâtiment très mal aéré et ne dispose même pas de locaux sanitaires fonctionnelles pour ses usagers.

*La Cour des Comptes recommande ce qui suit :*

- Activer le branchement du CHP au réseau d'assainissement liquide de la ville de Témara ;
- Renouveler l'étanchéité du CHP et engager une opération d'entretien des locaux de ses différents services.

## **B. Gouvernance du Centre Hospitalier Préfectoral**

Dans ce cadre la Cour des Comptes a relevé les observations suivantes :

### **1. Projet d'établissement hospitalier (PEH)**

➤ **Projet d'établissement hospitalier établi pour le CHP en cours de construction**

En application de l'article 8 du Décret n° 2-06-656 du 24 Rabii I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière, Le CHP a préparé deux PEH couvrant respectivement les périodes 2008-2012 et 2015-2018 mais qui sont établis sur la base d'un CHP en cours de construction sans prendre en considération la réalité de l'hôpital actuel.

➤ **Non approbation du PEH**

Jusqu'à la moitié de l'année 2016, le PEH du CHP Sidi Lahcen n'a pas encore été approuvé. En effet, selon l'article 8 du Décret relatif à l'organisation hospitalière cité ci-dessus, le projet d'établissement hospitalier est établi par le directeur du centre hospitalier. Il est approuvé et rendu applicable par décision du ministre de la santé après avis de ses représentants locaux dans le ressort territorial d'implantation de l'hôpital ou du centre hospitalier.

➤ **Carence dans l'exercice des fonctions des instances de concertation et d'appui**

Bien que le CHP ait institué ces différents organes de concertation et d'appui conformément aux dispositions de l'article 13 du décret n° 2-06-656 cité ci-dessus, leurs méthodes de fonctionnement ne sont pas aussi efficaces comme le montre les observations suivantes :

#### **a. Comité d'établissement**

Malgré l'importance des attributions du Comité d'Etablissement, sa première réunion n'a été convoquée que le début du mois de Février 2013, soit deux années après la publication de l'arrêté du Ministère de la Santé N° 456-11 du 2 Rajeb 1431 (6 juillet 2010) portant règlement Intérieur des Hôpitaux, publié au Bulletin Officiel N° 5926 du 12 Rabii II 1432 le 17 Mars 2011. Ce Comité n'a pas tenu régulièrement ses réunions comme stipule le Règlement intérieur des hôpitaux, soit chaque trois mois ou chaque fois que la nécessité l'exige.

L'analyse des différents procès-verbaux des réunions du comité d'établissement du CHP montre que des membres de droit tels que les responsables de certains pôles, comme le PAM ou les présidents de certains conseils, comme le CMDP, ne participent pas aux dites réunions bien que l'ordre du jour ait trait aux problèmes de certains services ayant une relation avec les ces responsables. Il faut aussi signaler l'absence d'un représentant de la délégation préfectorale du ministère de la Santé à ces réunions alors que c'est un membre de droit.

#### **b. Comité de suivi et d'évaluation**

Le comité de suivi et d'évaluation a pour mission d'assurer, sur la base des orientations du comité d'établissement le suivi des activités de l'hôpital au niveau clinique et informationnel, le suivi de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières, l'examen des données sur l'activité hospitalière et l'analyse de la performance de l'hôpital et de la qualité des soins. Le comité de suivi et d'évaluation procède à l'analyse mensuelle des indicateurs et résultats obtenus. Il identifie et propose, au directeur de l'hôpital, des axes d'amélioration de la qualité et/ou de la performance. Toutefois, l'analyse des procès-verbaux des dites réunions du comité de suivi et d'évaluation montre qu'il est loin des attributions qui lui sont dévolues au niveau du RIH.

#### **c. Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

Malgré la constitution des deux conseils au niveau du CHP, et bien que le RIH leur a attribué des missions importantes, leur activité est inexistante et n'exercent nullement les attributions indiquées au niveau du règlement intérieur des hôpitaux.

#### **d. Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)**

Le CHP Sidi Lahcen n'a pas institué le comité de lutte contre les infections nosocomiales malgré l'importance des attributions dévolues à ce comité et surtout avec des conditions d'hygiène et de stérilisation insuffisantes au niveau du CHP.

#### **e. Comité de gestion du CHP : retard dans l'institution du comité de gestion et irrégularité des réunions**

Le comité de gestion est investi d'une mission générale de concertation, de coordination et de suivi des activités du centre hospitalier dans le respect de la réglementation en vigueur. Toutefois, le comité de gestion a enregistré un retard au niveau de son institution. En effet, la première réunion n'a eu lieu que le mois d'Avril 2013. D'autre part, ce comité ne tient pas régulièrement ses réunions qui doivent être tenues au moins deux fois par an et chaque fois que le besoin du CHP l'exige. L'action dudit comité reste très limitée en matière d'évaluation de la performance du CHP, de la définition des actions de coopération inter-hospitalière et avec les établissements de soins de santé de base.

## **2. Les pôles de gestion**

Conformément à l'article 14 du décret n°2-06-656, l'administration du centre hospitalier est organisée en trois pôles de gestion à savoir le pôle des affaires médicales (PAM) ; le pôle des soins infirmiers (PSI) et le pôle des affaires administratives (PAA). Le contrôle de la gestion du CHP a montré des insuffisances dans l'accomplissement des missions de ces organes de gestion qui sont les suivantes :

### **➤ Insuffisances du pôle des affaires médicales (PAM)**

Le PAM est l'un des organes de gestion ayant un impact direct sur la qualité de la production des soins au sein d'un CHP. En effet, le pôle des affaires médicales est placé sous la responsabilité d'un médecin. Il est chargé selon le règlement intérieur des hôpitaux de plusieurs missions dont l'évaluation, la coordination et la planification des activités et des programmes de soins et de services médicaux, de l'évaluation de la qualité et de la performance des soins hospitaliers et la formation continue du personnel médical ;

Néanmoins, il a été constaté que les missions du PAM ne sont pas remplies malgré la nomination d'un médecin responsable. Les missions du pôle sont exercées par la direction de l'hôpital à qui

tout le staff médical qu'ils soient chefs de services ou médecins s'adressent directement pour trouver des solutions à des problèmes relevant des attributions du directeur du PAM.

#### ➤ **Efficacité limitée du Pôle des soins infirmiers (PSI)**

Selon le RIH, le responsable du pôle des soins infirmiers a pour mission de veiller à la bonne gestion des unités de soins et des services paramédicaux. Toutefois, bien que le PSI soit déjà institué avec la nomination d'un chef de pôle, ses missions et ses attributions ne sont pas exercées par le chef de pôle qui est un administrateur au sein de la direction et qui se charge au quotidien d'assister le directeur dans l'opérationnel et de régler des problèmes qui n'ont pas de lien avec le PSI.

*La Cour des Comptes recommande de prendre les mesures suivantes :*

- *Etablir un projet d'établissement hospitalier sur la base de l'actuel CHP tout en veillant à son approbation par le ministère de la santé ;*
- *Veiller à assurer le fonctionnement des pôles de gestion et des organes d'appui et de concertation de façon à accomplir leurs missions.*

### **C. La production des prestations de soins**

Le CHP Sidi Lahcen dispense des prestations de soins et services dans les disciplines de l'obstétrique, la pédiatrie, la médecine générale, la chirurgie générale et les prestations de soins d'urgences. Il assure également les prestations de soins et services spécialisés dans les spécialités médicales suivantes : l'ophtalmologie, la gastro-entérologie, la traumatologie-orthopédie, la cardiologie et la néphrologie. Cependant, l'hôpital ne dispense pas les prestations relatives à la psychiatrie, la pneumo-phtisiologie, la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale, et ce contrairement aux dispositions de l'article 6 du décret n°2-06-656 du 13 avril 2007 relatif à l'organisation hospitalière.

#### **1. Service d'accueil et d'admission**

Le service d'accueil et d'admission (SAA) est un service pivot du CHP. En effet, selon le RIH des hôpitaux le service d'accueil et d'admission est chargé de plusieurs missions dont la gestion de l'accueil et l'orientation des patients, l'organisation des admissions et les sorties des malades ainsi que la gestion des rendez-vous et l'établissement des statistiques et la gestion de l'information hospitalière. Le SAA est chargé d'établir la facturation des prestations et des services rendus par l'hôpital.

Le contrôle de la gestion du SAA de l'hôpital Sidi Lahcen a révélé des insuffisances au niveau de la structure d'accueil, du personnel du service et au niveau de l'exercice des attributions décrites au niveau du RIH comme le montre les observations suivantes :

#### ➤ **Absence d'un plan de formation continue du personnel affecté au SAA**

Le personnel de ce service n'a jamais bénéficié de formation en matière d'accueil et admission des usagers de l'hôpital. Cette insuffisance se répercute sur la gestion du service qui présente plusieurs dysfonctionnements au niveau de l'accueil des malades, la gestion des RDV et de l'information hospitalière, la facturation et le recouvrement des frais des prestations hospitalières.

#### ➤ **Insuffisances de la structure d'accueil et d'orientation**

L'accueil et l'orientation se font dans un hall exigü donnant sur les services administratifs, le laboratoire et le service de radiologie. Cette situation engendre un encombrement des malades au niveau des guichets dans des conditions inconfortables par manque d'organisation des files d'attente et de travail pour le personnel du service.

#### ➤ **Absence d'un système de garde au niveau du SAA**

Le SAA de l'hôpital n'assure pas la garde au niveau du CHP. En effet, au-delà de l'horaire normal de travail, les usagers de l'hôpital, notamment ceux des urgences, ne sont pas enregistrés au niveau des SAA. Cette situation impacte négativement les ressources financières du CHP et a

privé l'hôpital d'encaisser les recettes de plus de sept millions de dirhams entre 2012 et 2015 et qui concerne seulement les soins prodigués au niveau des urgences et non enregistrés au service SAA.

➤ **Insuffisances de l'usage de l'application du bureau des admissions et facturation**

Le ministère de la Santé a développé une application dénommée « Bureau d'Admission et de Facturation (BAF) ». Cette application permet la gestion de l'hospitalisation, des consultations à titre externes, des examens externes (Actes de radiologie, Actes de biologie) et génère les listes d'édition, les registres de l'hôpital et les tableaux de bords. Toutefois, les fonctionnalités de cette application restent sous exploitées en l'absence de formation des auxiliaires chargés de son utilisation et en l'absence d'adhésion des responsables des services pour utiliser cette application.

➤ **Insuffisance de la gestion des actes médicaux légaux**

Parmi les attributions du SAA selon le RIH, l'enregistrement des actes médicaux légaux et l'organisation et la gestion des archives médicales et des dossiers des patients de l'établissement. Toutefois, il a été constaté que ces deux attributions ne sont pas exercées par le SAA. Ainsi, les certificats médicaux légaux sont gérés par le pôle des affaires administratives qui se charge de l'acquisition des carnets des CML, de leur distribution aux médecins des urgences et de la récupération des carnets souches après usage. Aucun registre, qui retrace les différents CML délivrés, n'existe au sein du SAA.

➤ **Absence d'organisation des archives médicales et des dossiers des patients**

La gestion des dossiers des patients aux services hospitaliers connaît de grandes insuffisances. En effet, les médecins et majors des services ne remplissent que rarement la totalité des informations requises au niveau du dossier médical du patient. S'ajoute à ces insuffisances la faiblesse du système d'archivage marquée par les mauvaises conditions de conservation, aggravées par l'étroitesse des locaux et les risques d'infiltrations des eaux causées par la détérioration de l'étanchéité du local du CHP.

➤ **Insuffisances dans la gestion des rendez-vous (RDV)**

Les RDV de certaines spécialités notamment la chirurgie, la cardiologie échappent au SAA. De même, le service ne se charge pas des RDV des services médicotechniques (radiologie et laboratoire). Il a aussi été constaté l'absence d'une gestion active des RDV au niveau du CHP. Cette dernière se fait de façon manuelle à travers des agendas en papier. En effet, jusqu'en début 2016, le CHP ne dispose pas d'une application informatique pour la gestion des RDV. De même, l'absence des médecins sans informer la direction du CHP engendre un report des RDV sans pour autant aviser les patients.

➤ **Fixation des RDV selon le nombre indiqué par chaque médecin en tenant compte du jour de consultation**

Il a été constaté que les médecins fixent le nombre des patients qu'ils veulent consulter selon les jours de consultations fixés pour chaque spécialité. Toutefois, en cas d'absence de certains médecins et du report de leurs RDV, ils refusent de prendre en charge un nombre de malades supérieur à celui qu'ils ont fixé à la personne chargée des RDV.

➤ **Délai de RDV relativement long pour l'hospitalisation et pour certaines consultations spécialisées**

Il a été constaté que pour certaines spécialités le délai de RDV est relativement long par rapport au nombre de médecins exerçants au niveau du CHP. A titre d'exemple, le délai des RDV pour la consultation pour la médecine interne est de trois mois, celui de la rhumatologie est de huit mois, pour la cardiologie c'est six mois, celui de la chirurgie générale cinq mois. Il est à signaler que les médecins ne travaillent pas durant l'horaire normal (8h30mn-16h30mn) mais plutôt de 10h à 12h30mn, n'assurent pas les consultations tous les jours mais plutôt une à deux fois par semaine et que des absences non justifiées ont été constatées au niveau des services.

*La Cour des Comptes recommande de :*

- *Doter le service d'accueil et d'admission des moyens nécessaires afin d'accomplir sa mission dans les meilleures conditions ;*
- *Instaurer un système de garde au niveau du SAA ;*
- *Instaurer une procédure de gestion efficace et transparente pour l'établissement des actes médicaux légaux ;*
- *Veiller à l'organisation des archives médicales et des dossiers des patients qui doivent être servis par le personnel médical comme l'exige les orientations du ministère de la santé ;*
- *Veiller à l'usage de toutes les fonctionnalités de l'application du bureau des admissions et facturation ;*
- *Mettre en place des mécanismes de gestion active des rendez-vous de toutes les spécialités médicales par le service du SAA ;*
- *Mettre en place un programme d'examen médicaux adaptés au nombre de médecins praticiens dans l'hôpital et aux exigences de chaque spécialité médicale tout en respectant les horaires du travail administratif,*
- *Revoir le nombre de consultations qui doivent être effectuées par chaque spécialité en tenant compte de l'effectif des praticiens et des exigences de chaque spécialité.*

## **2. Les urgences du centre hospitalier**

Le service des urgences connaît plusieurs contraintes qui peuvent être résumées comme suit :

### ➤ **Insuffisance du staff médical et paramédical et étroitesse des locaux des urgences**

Le service des urgences souffre de l'étroitesse des locaux dont la superficie ne dépasse pas 125,5 m<sup>2</sup>. Ce service ne dispose que de trois lits, ce qui rend difficile l'opération de tri et d'orientations des malades dont l'état de santé nécessite un suivi particulier.

Selon le bilan annuel des activités de l'hôpital, le service des urgences a accueilli, durant la période 2009 à 2015, 354 943 personnes, dont 266 439 personnes se sont présentées pour des consultations médicales, soit 75% des patients servis. Au moment où les consultations chirurgicales ont été prodiguées au profit de 88 504 personnes, dont 12 824 personnes étaient victimes des accidents de voies publiques.

Le service des urgences comprend un staff médical et paramédical constitué par 11 médecins généralistes, 04 infirmiers et quatre chauffeurs ambulanciers. Ce staff est organisé en quatre équipes qui fonctionnent selon le système de garde 12/36. Quant aux chauffeurs, ils travaillent selon un système de 24 /36.

Néanmoins, le service ne dispose d'aucun médecin spécialiste en urgentologie et ne compte non plus des infirmiers spécialistes en urgence. De surcroît, un seul infirmier est désigné par période de garde pour assurer les fonctions d'accueil, de triage, de production des soins et de mise du plâtre, ainsi que de la surveillance des patients placés dans la salle d'observation. De même, la garde du personnel médical est assurée uniquement par deux médecins. Ce qui est de nature à rendre difficile la continuité des soins d'urgences offerts en cas de congé ou d'absence des médecins exerçant dans ce service. En effet, il ressort de l'examen de la situation des congés remise à l'équipe de contrôle, que plusieurs médecins relevant du service des urgences ont bénéficié des congés administratifs durant la même période. Il est à noter que le nombre moyen journalier des usagers qui transitent quotidiennement par ce service, est estimé à 130 personnes par jour, comme cela ressort du bilan des activités de l'hôpital durant la période 2009 à 2015

Il convient de noter, en outre, l'absentéisme récurrent des médecins relevant du service des urgences. En effet, l'absence des médecins des urgences et l'infirmier de garde a été constatée par



l'équipe de contrôle lors de la visite effectuée le 23/12/2015 à 20h30mn. Le même constat a été établi par une commission de l'hôpital lors de la nuit du 12 au 13/02/2016, attestant l'absence des médecins qui devaient assurer la garde.

En outre, l'absence du système d'astreinte au niveau de la régie de recettes, prive l'hôpital d'encaisser les recettes inhérentes aux soins prodigués. En effet, le rapprochement du nombre des consultations médicales décomptées par le service, selon le bilan annuel des activités de l'hôpital et celles enregistrées par le bureau des admissions et de facturation durant la période 2012 à 2015, a fait ressortir un écart important, comme le montre le tableau, ci-après :

Année	Nombre des consultations médicales décomptées par le service des urgences	Nombre des consultations enregistrées par le bureau des admissions et de facturation	Ecart	Ecart en DH (40 DH / consultation généraliste)
2012	37 751	70	37 681	1 507 240.00
2013	40 400	471	39 929	1 597 160.00
2014	43 594	983	42 611	1 704 444.00
2015	59 402	3769	55 633	2 225 320.00
<b>Total</b>	181 147	5293	175 854	<b>7 034 164.00</b>

➤ **Nombre élevé des référés faute de l'existence d'un système de garde et d'astreinte au niveau des autres services cliniques d'appui**

Faute de l'existence d'un système de garde et d'astreinte au niveau des autres services cliniques d'appui notamment la radiologie, le laboratoire, les médecins spécialistes et les anesthésistes, le service des urgences se trouve obliger de transférer certains cas urgents parvenus en dehors de l'horaire administratif vers le CHU. En effet, selon la direction de l'hôpital, le service des urgences a référé, durant la période 2010 à 2015, 9494 patients vers le centre hospitalier universitaire. Toutefois, il est à soulever que le CHU n'admet pas toujours les cas qui lui sont référés par le CHP et les renvoie aux services de ce dernier.

➤ **Insuffisance de la coordination du service des urgences avec les autres services cliniques**

Il a été constaté l'insuffisance de la coordination entre le service des urgences et les autres services cliniques du CHP. En effet, certains patients sont orientés des urgences vers les autres services cliniques sans que ces derniers les prennent en charge.

➤ **Non Tenue des registres des consultations au niveau du service des urgences**

Le service des urgences ne tient pas les registres des consultations qui auraient pu renseigner sur l'identité des patients, le nom du médecin traitant, le diagnostic établi, la date et l'heure de l'intervention, le résultat des soins prodigués. Rappelons à cet effet que l'article 45 de l'arrêté du ministère de la santé n°456-11 du 06 juillet 2010, précise que les formalités d'admission en urgence ont lieu dans les mêmes conditions que l'admission ordinaire.

**La Cour des Comptes recommande de :**

- *Veiller à l'aménagement du service des urgences et à le doter de moyens suffisants pour assurer les prestations de soins ;*
- *Mettre en place un système de garde et d'astreinte au niveau des services cliniques d'appui ;*
- *Tenir des registres de consultations au niveau du service des urgences et veiller à ce qu'ils soient servis par les praticiens.*

### **3. Les consultations spécialisées externes**

Le CHP offre des prestations de consultations spécialisées à titre externe et dans différentes branches médicales, à savoir la gynécologie-obstétrique, la chirurgie générale, la traumatologie, la chirurgie infantile, la médecine interne, la cardiologie, la pédiatrie, la néphrologie, l'endocrinologie, l'ophtalmologie, la gastrologie et la rhumatologie. Ces prestations de soins sont prodiguées dans le centre de diagnostic situé à l'enceinte de l'hôpital et au niveau du centre de santé Ennasr.

#### **➤ Régression du nombre des consultations réalisées par certaines spécialités**

Le nombre annuel des consultations spécialisées est passé de 23.177 en 2012 à 36.442 consultations en 2015, soit une hausse de 57%. Toutefois, certaines spécialités ont enregistré des régressions en matière de consultations réalisées. C'est le cas notamment de l'activité de chirurgie générale qui a régressé de 26 % et l'activité de la médecine interne qui a reculé de 2%.

#### **➤ Baisse de l'activité de certaines spécialités malgré l'évolution de l'effectif du personnel médical**

Certaines spécialités ont enregistré des taux moyens journaliers plus bas en 2015 et ce, malgré l'augmentation de l'effectif des médecins qui y sont affectés. C'est le cas de la pédiatrie dont l'effectif des médecins est passé de 01 à 03 médecins, mais le nombre des consultations journalières a régressé en 2015, en affichant un taux moyen de consultations ne dépassant pas 05 consultations par jour, alors qu'il était de plus de 10 consultations en 2012.

Il convient de noter que ce faible taux des consultations journalières est dû en grande partie à l'absentéisme récurrent de certains médecins. En effet, l'examen des registres des consultations spécialisées a permis de relever que certains médecins s'absentent plus que d'autres et par voie de conséquence contribuent moins aux consultations réalisées par leurs spécialités respectives. C'est le cas notamment de la cardiologie, de la rhumatologie, de la chirurgie générale, de la traumatologie et de la gynéco-obstétrique. Ces absences ont occasionné d'importantes consultations manquées dont le nombre total peut être estimé à 23.620 consultations et qui correspondent à 1659 journées d'absence, et ce, au titre de la période allant de 2012 à 2015.

*La Cour des Comptes recommande de mettre en place un mécanisme de contrôle de la présence du personnel médical et prendre les mesures disciplinaires à l'encontre des absences non justifiées.*

### **4. L'hospitalisation sans interventions chirurgicales**

Doté d'une capacité litière de 18 lits, le service de médecine interne compte six médecins et regroupe cinq spécialités médicales.

#### **➤ Faibles indicateurs d'hospitalisation en matière de pédiatrie et de médecine**

Les spécialités de médecine et de la pédiatrie enregistrent de faibles indicateurs d'hospitalisation. En effet, le taux d'occupation moyen des lits disponibles ne dépasse pas la moitié de la capacité litière du service de médecine. De même, l'occupation moyenne annuelle des lits relevant de cette spécialité s'établit au niveau de 200 jours durant la période 2012 à 2014, soit une période de 165 jours par année durant laquelle les lits sont restés inoccupés. Il en est de même pour la spécialité de pédiatrie, qui affiche un taux d'occupation moyen ne dépassant pas 20% durant la période 2012 à 2014. Quant à l'indicateur lié à l'occupation moyenne de cette spécialité, il se situe au niveau de 64 jours au titre de l'année 2014, soit une période de 301 jours par an durant laquelle les lits affectés à cette activité sont restés inoccupés. Ceci indique que la spécialité de pédiatrie recourt rarement à l'hospitalisation des patients examinés. Ce qui se traduit par un nombre réduit des patients hospitalisés qui ne dépasse guère 80 malades par an. Sachant, que le nombre des consultations enregistré par cette spécialité est de l'ordre de 3253 au titre de l'année 2015.

C'est le cas également de la cardiologie qui hospitalise rarement des patients, et ce en dépit du nombre élevé des consultations réalisées par cette spécialité et qui a atteint 4600 consultations en 2015.



Par ailleurs, il est à souligner qu'à partir du mois de juillet 2015, l'hôpital assure l'hébergement, dans le cadre de l'opération « Karama », de cinq malades souffrant des insuffisances psychiques au niveau de service de médecine. Ce qui a fait grimper le TOM de cette spécialité à 80%. Notons à cet égard que l'hôpital ne dispose pas d'un psychiatre pour assurer le suivi de l'état de santé psychique de ces malades. En effet, les dossiers médicaux tenus par ledit service ne renseignent pas sur les visites périodiques sensées être effectuées par les praticiens pour s'enquérir de l'évolution de leur état de santé. L'hôpital se contente de leur dispenser un traitement prescrit au moment de leur admission et de leur offrir les prestations d'hébergement et de restauration.

*La Cour des Comptes recommande de veiller à l'amélioration des indicateurs de l'activité d'hospitalisation surtout pour la pédiatrie, la médecine interne et la cardiologie.*

## **5. Activité du bloc opératoire**

Le CHP dispose d'un bloc opératoire qui comprend deux salles opératoires et une petite salle aménagée en 2015 pour accueillir les interventions chirurgicales mineures. La gestion du bloc opératoire soulève les observations suivantes :

### ➤ **Faible activité du bloc opératoire**

Il a été constaté que le nombre moyen journalier d'interventions chirurgicales par médecin est inférieur à une intervention par jour. Ce faible taux peut être expliqué par le fait que le bloc fonctionne uniquement durant la matinée étant donné l'effectif réduit du personnel paramédical qui est de 13 infirmiers. D'un autre côté, les différentes disciplines chirurgicales se partagent les deux salles du bloc opératoire pendant toute la semaine y compris la maternité. Cette situation impacte, certes, la productivité chirurgicale mais il est important de souligner que même les programmes opératoires répartis sur les disciplines chirurgicales ne sont pas souvent réalisés conformément au planning établi comme l'atteste plusieurs notes de service établies par la direction de l'hôpital

### ➤ **Productivité insuffisante de la chirurgie générale**

La chirurgie générale réalise moins d'interventions que les autres disciplines. En effet, l'examen du bilan des activités chirurgicales réalisées par chaque médecin relevant de cette discipline, a révélé le faible nombre des actes réalisés par certains médecins, ce qui explique le délai de RDV long pour cette spécialité est qui a atteint cinq mois. Il s'agit, à titre d'exemple, de la faible contribution du chirurgien « **B.** » qui a réalisé uniquement cinq interventions en 2013, réparties sur deux mois et elle n'a effectué aucun acte chirurgical durant trois mois de l'année 2014. C'est également le cas du chirurgien « **T.** », qui a effectué 41 interventions en 2013, sachant qu'il n'a réalisé aucune intervention durant trois mois successifs (du janvier au mars 2013) et il a effectué uniquement deux opérations durant les mois de juin et de septembre de la même année. Il en est de même pour le chirurgien « **M.** » qui a effectué 58 interventions en 2013 et il n'a réalisé aucun acte chirurgical durant trois mois de la même année.

### ➤ **Matériel du bloc vétuste malgré l'effort d'équipement**

Les équipements dont dispose le bloc opératoire sont vétustes malgré l'effort de renouvellement entamé par la direction du CHP. En effet, le scialytique du bloc est vétuste et tombe parfois en panne en pleine opération chirurgicale. De même, la table d'opération et d'autres matériels sont vétustes et rouillés et peuvent constituer des sources d'infections nosocomiales.

*La Cour des Comptes recommande ce qui suit :*

- *Mettre en place un dispositif d'optimisation de l'usage des salles du bloc opératoire ;*
- *Améliorer la productivité de la chirurgie générale.*

## **6. La gynécologie- obstétrique**

### **➤ Faible proportion des accouchements pris en charge par le service de la maternité**

Le nombre des accouchements est passé de 1333 en 2009 à 1575 en 2015, soit une hausse de 18%. Cependant, le CHP ne prend en charge qu'une faible proportion des accouchements intervenus dans son ressort territorial. En effet, les accouchements prévus en 2015, au niveau de la préfecture de Skhirat-Témara, ont été estimés, selon la délégation préfectorale de la santé à 10.000 naissances. Alors que le service de la maternité n'a pris en charge que 1575 opérations d'accouchement, à raison de cinq accouchements par jour, soit un taux de 15% du nombre estimé des naissances. Sachant que le service dispose de 11 sages-femmes, ce qui correspond à un taux de prise en charge par sage-femme inférieur à un accouchement par jour. D'un autre côté, le nombre des transférés a atteint un total de 1538 parturientes, durant la période 2009 à 2015.

### **➤ Faibles indicateurs des interventions chirurgicales en gynécologie-obstétrique**

Le service de la maternité de l'hôpital dispose d'une capacité litière de 16 lits et compte un effectif composé de 6 médecins spécialistes et de 12 infirmières (dont 11 sages-femmes). Le nombre des interventions chirurgicales est passé de 303 interventions en 2010 à 329 interventions en 2015, soit une hausse de 8%. Sachant que l'effectif médical est passé de 04 médecins en 2010 à 06 médecins gynécologues en 2015. Cependant, le nombre moyen journalier des interventions reste inférieur à une intervention par médecin alors que, le nombre des transférés durant la période 2009 à 2015 a atteint un total de 1538 parturientes.

### **➤ Faible taux d'occupation du bloc opératoire alloué à la gynécologie-obstétrique**

Le temps de vacation offert aux praticiens de cette spécialité est d'une journée et demie par semaine pour les interventions liées à la gynécologie-obstétrique. Cependant, le nombre moyen journalier des interventions réalisées ne dépasse guère une intervention par jour. Ce qui reflète un faible taux d'occupation des salles allouées à ce type d'interventions. En effet, l'examen des registres du bloc opératoire a permis de constater que cette spécialité enregistre un faible nombre d'interventions chirurgicales qui ne dépasse pas une à deux interventions par mois pour certains médecins. De même, d'autres médecins n'ont pas réalisé des interventions chirurgicales pendant des périodes allant de deux à huit mois.

*La Cour des Comptes recommande de veiller à l'améliorer les indicateurs des accouchements pris en charge par la maternité et les interventions chirurgicales en gynécologie-obstétrique tout en optimisant l'usage des salles du bloc opératoire.*

## **7. La production des soins au Centre d'hémodialyse de Massira I**

Le ministère de la santé à travers la délégation provinciale de la santé de Skhirat-Témara, a conclu une convention avec l'association Mobadara pour l'entretien, l'équipement, l'approvisionnement et la gestion d'un centre d'hémodialyse à Témara au quartier Massira I. L'objet de la convention est la production des soins aux malades atteints d'insuffisance rénale surtout ceux des couches sociales précaires et bénéficiant du RAMED. Les patients bénéficient de séances d'hémodialyses et des médicaments gratuitement au niveau du bâtiment dont la propriété revient à l'association Mobadara. L'exécution de cette convention soulève les observations suivantes :

### **➤ Centre insuffisant pour répondre aux besoins de la population**

Le centre dispose de dix appareils d'hémodialyse offrant des séances d'hémodialyse à 54 malades avec la prise en charge gratuite des traitements prescrits par les néphrologues. D'autres malades au nombre de 51 sont orientés vers le privé avec prise en charge des frais d'hémodialyse par l'Etat. Ils ne bénéficient pas toutefois de la gratuité des traitements prescrits comme les malades pris en charge par le centre. Bien que ce nombre d'hémodialisés soit important, la liste d'attente est de

plus en plus longue selon les néphrologues du centre d'où le besoin de plus en plus grand en lits et appareils d'hémodialyse supplémentaires.

➤ **Vétusté des appareils d'hémodialyse utilisés dans le centre**

Les médecins néphrologues du centre ont indiqué que les appareils d'hémodialyse du centre sont vétustes et âgés. En effet, ces appareils ont dépassé les heures d'utilisation estimées à 3000 heures pour atteindre les 3200 à 4000 heures d'utilisation. Le dépassement des heures normales d'utilisation est effectué sans toutefois évaluer les risques potentiels que présente la vétusté des appareils sur la santé des patients hémodialisés et sur la qualité des soins qui leurs sont prodigués.

➤ **Insuffisance du personnel travaillant au niveau du centre**

Le personnel travaillant au centre reste insuffisant par rapport aux besoins. En effet, le major du centre n'a pas de suppléant en cas d'absence. De ce fait, les médicaments onéreux mis sous sa responsabilité se trouvent à la disposition du personnel du centre qui peut en faire usage en l'absence du major.

➤ **Engagements contractuels non tenus par l'association**

Bien que la convention stipule dans son article 5 que l'association doit équiper les salles d'hémodialyse de générateurs et qu'elle doit participer à l'équipement du centre en matériels médico-techniques et la fourniture de bureau, elle n'a pas réalisé ces engagements. Ainsi, l'association n'a mis que le local, deux des aides-soignantes pour lesquelles elle prend en charge les salaires et elle a entretenu le local en 2015 pour un montant estimé par le directeur du CHP à 80.000,00DH. D'autre part, les moyens matériels mis à la disposition du centre sont insuffisants. Il s'agit à titre d'exemple des réfrigérateurs pour conserver les médicaments et les rayonnages qui sont insuffisants pour stocker les produits pharmaceutiques.

*La Cour des Comptes recommande de :*

- *Veiller à l'approbation de la convention d'hémodialyse par le ministère de la santé ;*
- *Veiller à l'amélioration des conditions de travail au centre d'hémodialyse et au renouvellement des appareils d'hémodialyse âgés utilisés ;*
- *Inciter l'association partie de la convention à honorer ses engagements en dotant le centre du matériel nécessaire.*

## **D. Pharmacie hospitalière**

### **1. Structure de la pharmacie hospitalière et les moyens affectés à sa gestion**

La Cour des Comptes a relevé dans ce cadre les observations suivantes :

➤ **Structure inappropriée pour la pharmacie hospitalière et non individualisation des locaux de la pharmacie en zones correspondant au circuit des produits pharmaceutiques**

La pharmacie de l'hôpital Sidi Lahcen est une structure étroite composée d'un petit local, adjacent les bureaux administratifs, où sont stockés les médicaments et un local loin du premier où sont stockés les dispositifs médicaux. D'autres dispositifs médicaux sont stockés dans d'autres locaux extérieurs à l'hôpital, notamment au centre d'hémodialyse et aux centres de santé de base. La pharmacie du CHP Sidi Lahcen n'est pas organisée en locaux séparés dédiés en une zone de réception, une zone de stockage, une zone de distribution et de dispensation et une zone des préparations hospitalières. D'autre part, le service de la pharmacie ne dispose pas d'un coffre-fort pour le stockage et la sécurisation des produits stupéfiants. Le stockage de ces produits se fait dans le bureau de la pharmacienne de l'hôpital au niveau d'un tiroir dans la serrure est endommagée.

➤ **Stockage des médicaments et des dispositifs médicaux dans des conditions inappropriées**

Les médicaments et dispositifs médicaux sont stockés dans des conditions qui ne permettent pas leur protection de la détérioration par manque d'aération et de l'insuffisance du dispositif de lutte contre l'incendie, l'humidité et l'infiltration des eaux à cause de la détérioration de l'étanchéité au niveau de l'hôpital. D'autre part, les solutés massifs sont stockés avec le matériel à réformer ou avec les produits inutilisables par l'hôpital ce qui peut être une source d'infections nosocomiales. D'autre part, les rayonnages utilisés pour le stockage sont insuffisants avec une absence des plaques de signalisation.

➤ **Surstockage de médicaments et de dispositifs médicaux engendrant leur non utilisation et leur péremption**

Il a été constaté que les modalités d'acquisition à travers les achats groupés et les acquisitions propres de l'hôpital causent parfois un surstockage des produits pharmaceutiques, surtout suite à l'arrivage en retard à la fois de plusieurs livraisons de commandes de plusieurs années, dans le cadre des achats groupés. Ce surstockage des produits pharmaceutiques engendre la péremption de ces produits si non leur détérioration à cause des conditions de stockage défavorables.

➤ **Insuffisances du personnel de la pharmacie hospitalière**

La pharmacie de l'hôpital souffre d'une insuffisance en personnel pour une gestion efficace et efficiente de ses ressources. De même, l'absence de formation du personnel au sein de la pharmacie a engendré des erreurs au niveau de la livraison, au niveau de la mise à jour des fiches de stock et le non remplissage de la main courante. D'autre part, Le service de la pharmacie hospitalière ne dispose pas d'un organigramme qui présente l'organisation du service ainsi que les fiches de fonctions, qui définissent les tâches spécifiques de chaque poste et les responsabilités individuelles de chacun des membres du personnel exerçant au sein de la pharmacie

## **2. Gestion des produits pharmaceutiques**

Le contrôle de la gestion des produits pharmaceutiques a révélé les insuffisances suivantes :

➤ **Non exercice de certaines fonctions dévolues au chef de service de la pharmacie**

Certaines attributions dévolues de par le RIH des hôpitaux au chef de service de la pharmacie hospitalière ne sont pas exercées par la pharmacienne de l'hôpital. Il s'agit notamment d'assurer un contrôle rigoureux du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux, de participer à la surveillance des infections nosocomiales, de participer aux activités d'hygiène hospitalière et d'encadrer le personnel impliqué dans la gestion et l'utilisation des médicaments, des dispositifs médicaux et des produits d'hygiène ainsi que le personnel chargé de la stérilisation.

➤ **Insuffisance du système d'information de gestion de la pharmacie de l'hôpital**

Le service de la pharmacie de l'hôpital Sidi Lahcen ne dispose pas d'un système d'information couvrant l'ensemble des informations utilisées par la pharmacie de l'hôpital et facilitant la gestion de la pharmacie en interne et sa relation transversale avec les différents services de l'hôpital. Ce système d'information, devrait permettre le contrôle de la qualité de ce qui a été fait par le personnel opérant au niveau de la pharmacie de l'hôpital et ses antennes au niveau des services hospitaliers et aider à l'élaboration des prévisions et à la prise de décision par la direction de l'hôpital.

## **3. Approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux**

➤ **Insuffisances au niveau de la définition et de l'expression des besoins en médicaments et dispositifs médicaux**

L'expression des besoins en médicaments et dispositifs médicaux devant émaner des services de soins de l'hôpital n'est pas toujours réalisée. De même, l'implication du chef de pôle des affaires

médicales reste faible dans le circuit d'expression des besoins en médicaments et dispositifs médicaux.

➤ **Retards dans la livraison des commandes relatives aux achats groupés**

La modalité d'approvisionnement du CHP en produits pharmaceutiques à travers les achats groupés engendre parfois des retards de livraison des commandes de l'hôpital pour plusieurs années. Ainsi, des commandes des années 2012 et 2013 n'ont été livrées à l'hôpital qu'en Avril 2015 avec toutes les conséquences négatives que ce retard engendre en matière de rupture des stocks et de surstockage et de risque de péremption de médicaments et dispositifs médicaux. A titre d'exemple, la dotation de l'hôpital en fer injectable dans le cadre des achats groupés pour les années 2012 et 2013 n'ont été livrées qu'en Avril 2015 toutes les deux à la fois avec respectivement 500 et 340 boîtes dont la péremption est pour novembre 2016. Pour pallier à la rupture du stock, l'hôpital a acheté en novembre 2014, 500 unités dont la péremption est pour novembre 2015.

➤ **Rupture de stocks fréquente des produits pharmaceutiques**

L'hôpital connaît des ruptures de stock fréquentes en produits pharmaceutiques, parfois pour des médicaments vitaux. En effet, malgré les écrits fréquents et successifs de la responsable de la pharmacie aux responsables de la division des approvisionnements pour attirer leur attention sur les produits en rupture ou en proche rupture pour qu'ils soient livrés dans les meilleurs délais au service de la pharmacie, elle ne reçoit que quelques livraisons qui ne répondent pas aux besoins exprimés.

➤ **Non recours à l'outil informatique pour la gestion des stocks**

La pharmacie de l'hôpital Sidi Lahcen ne dispose pas d'une application pour la gestion du stock des produits pharmaceutiques malgré l'existence d'ordinateurs au niveau du service et l'affectation à l'hôpital d'un ingénieur d'Etat informaticien. La gestion du stock se fait de façon manuelle sur des fiches en papiers. De même, la pharmacie n'est pas liée aux services hospitaliers par un réseau informatique qui permet de recevoir les commandes des services et d'y répondre avec célérité tout en archivant électroniquement ses liaisons. Les commandes et les réceptions de produits pharmaceutiques se font sous format papier et sont souvent éparpillées et mal classées au niveau du service de la pharmacie engendrant parfois leur perte et leur non report sur les fiches de stock manuelles.

➤ **Absence d'une procédure formalisée de la gestion des stocks et insuffisance de suivi de la traçabilité des médicaments et des dispositifs médicaux dispensés aux services hospitaliers**

Le service de la pharmacie ne dispose pas d'une procédure formalisée relative à la gestion des stocks des produits pharmaceutiques et à la description des mécanismes et procédures liants le service de la pharmacie et les autres services de l'hôpital pour répondre avec célérité à leurs besoins et éviter le gaspillage, les stocks morts et les préemptions de produits.

Il a été constaté l'absence d'un système de suivi de la traçabilité de l'usage des médicaments et dispositifs médicaux dispensés aux services hospitaliers. En effet, la pharmacienne de l'hôpital ne procède pas au suivi continu des stocks de produits pharmaceutiques au niveau des services et qui sont dispensés par dotation mensuelle aux majors des services mais aussi de façon ponctuelle au fur et à mesure qu'un besoin urgent est manifesté. D'autre part, la majorité des services ne tiennent pas les registres de traçabilité de la consommation des médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les fiches de stock et n'affichent pas la liste des médicaments disponibles au niveau du service.

*La Cour des Comptes recommande ce qui suit :*

- *Mettre à niveau la structure de la pharmacie hospitalière et la doter de moyens nécessaires pour assurer une gestion optimale de ses ressources en produits pharmaceutiques ;*
- *Mettre en place un organigramme de la pharmacie et instaurer un manuel de procédures spécifique à la gestion de la pharmacie hospitalière ;*
- *Veiller à la mise en place d'un système d'information de gestion de la pharmacie hospitalière en utilisant notamment une application informatique retraçant le processus d'approvisionnement, de stockage et de distribution aux services hospitaliers des produits pharmaceutiques ;*
- *Impliquer les prescripteurs au niveau de la définition des besoins en médicaments et dispositifs médicaux et adapter la commande en produits pharmaceutiques adressée au ministère aux besoins réels de l'hôpital pour éviter le sur-stockage et la péremption de ces produits ;*
- *Mettre en place une procédure efficace pour la mise à jour du stock de la pharmacie ;*
- *Mettre en place un dispositif formalisé afin d'assurer le suivi et le contrôle de la traçabilité des produits pharmaceutiques dispensés aux services hospitaliers.*

## **E. Laboratoire d'analyse médicales et service de radiologie**

### **1. Activités du laboratoire d'analyses médicales**

Au niveau du laboratoire de biologie médicale du CHP Sidi Lahcen, des insuffisances constatées peuvent être résumées comme suit :

#### **➤ Structure du service inadaptée pour abriter un laboratoire d'analyses médicales**

Le local abritant le laboratoire d'analyses médicales du CHP est situé à l'entrée de la structure du CHP. C'est un local exigu et ne répond pas aux normes requises pour les laboratoires des CHP, ce qui constitue une contrainte pour le travail du personnel dans des conditions favorables. Il connaît chaque matin un encombrement dû à l'absence d'une salle d'attente des patients, au non séparation entre les activités administratives du laboratoire et les activités d'analyses médicales des biologistes et des techniciens et aussi à l'exiguïté de la salle des prélèvements.

#### **➤ Service du laboratoire n'assurant pas la garde et l'astreinte et insuffisance du personnel infirmier qualifié pour les opérations de prélèvement**

Le service du laboratoire dispose d'un médecin biologiste, deux pharmaciens biologistes, un ingénieur en chef, un infirmier major, trois assistantes médicales et sept techniciens de laboratoire. Le service n'assure pas la garde, ni l'astreinte. En effet, le personnel du laboratoire n'assure que l'horaire normal de travail. Le laboratoire souffre de l'absence d'un personnel qualifié pour effectuer les prélèvements, cette opération est effectuée par une personne recrutée en tant que brancardier dans le cadre du marché contracté par le CHP pour assurer le service du brancardage au niveau de l'hôpital.

#### **➤ Délai de rendez-vous important suite à la forte demande des services du laboratoire**

Le laboratoire du CHP connaît une forte pression en demandes d'analyses médicales que ce soit pour les personnes hospitalisées ou de malades externes. En effet, le nombre de prélèvements effectués entre 2012 et 2015 a passé de 10.639 à 23.474 et le nombre d'analyses effectuées est passé de 73.507 à 174.506. Cette situation a poussé le CHP à rallonger les délais de rendez-vous qui dépassaient les trois mois en 2014 avant d'être ramenée à un mois en 2015.

*La Cour des Comptes recommande la mise à niveau le laboratoire du CHP afin qu'il réponde aux normes d'un laboratoire d'analyses médicales.*



## **2. Service de radiologie**

En ce qui concerne le service de radiologie les observations suivantes ont été soulevées :

### **➤ Service de radiologie n'assurant pas la garde ni l'astreinte**

Le personnel du service est composé de cinq médecins radiologues et de six infirmiers dont le major du service. Il a été constaté que le personnel du service radiologie n'assure ni la garde, ni l'astreinte. Cette situation porte préjudice à la population se présentant au service des urgences en cas d'accidents de voie publique ou autres et qui est obligée d'être transférée au CHU. Cette situation est d'autant plus grave et risque de causer la perte de vie humaine surtout que toute victime d'un accident doit transiter par le CHP avant toute autre structure hospitalière publique.

### **➤ Absentéisme fréquent des médecins radiologues et du personnel infirmier**

Le service de radiologie, même s'il dispose de cinq radiologues, un seul de ces derniers assure les examens au niveau du service de radiologie du CHP. Un des quatre médecins radiologues assure les examens au niveau du centre de référence au centre de santé Annasr et les trois autres ne sont pas présents ni au CHP ni au centre de référence. Ainsi, chaque médecin ne travaille que deux jours par semaine, cette programmation est continue et à tour de rôle pour les cinq médecins du service. Il a été constaté aussi le non-respect par le personnel infirmier du service radiologie des horaires du travail normal, comme les retards fréquents de prise de service, des départs anticipés avant la fin de l'horaire normal et parfois des absences injustifiées de certains.

### **➤ Non exploitation d'une application informatique pour la gestion en réseau de l'imagerie entre le service de radiologie et les urgences**

Le CHP n'a pas utilisé une application informatique acquise en 2013 pour un montant de 60.000,00DH, pour la gestion en réseau des examens radiologiques entre le service de radiologie et le service des urgences. L'utilisation de cette application devait faire économiser au CHP la consommation de 40 à 50 clichés par jour soit 1200 à 1500 clichés par mois. Il est à noter que le budget alloué à l'acquisition des clichés entre 2013 et 2015 est de l'ordre de 1.887.312,00DH.

*La Cour des Comptes recommande ce qui suit :*

- *Veiller à améliorer la productivité des médecins radiologues ;*
- *Mettre en place un système de garde et d'astreinte du personnel du service radiologie ;*
- *Veiller au contrôle de présence du personnel médical et paramédical ;*
- *Activer l'usage de l'application informatique pour la gestion en réseau de l'imagerie entre le service radiologie et les urgences.*

## **F. Gestion des ressources humaines du CHP**

### **1. Gestion du personnel médical**

Le contrôle de la gestion des ressources humaines du CHP a révélé les insuffisances suivantes :

#### **➤ Surnombre de certaines spécialités et pénurie pour d'autres**

Le CHP de Sid Lahcen connaît un surnombre de médecins spécialistes pour certaines spécialités médicales comme la Gynécologie, la Radiologie, la chirurgie générale. Par contre il connaît une pénurie en médecins spécialistes pour certaines disciplines comme l'ophtalmologie avec un seul spécialiste, deux cardiologues, un seul spécialiste en gastrologie pour toute la population de 600.000 habitants. Il faut signaler que trois spécialistes en gastrologie sont affectés par le ministère de la santé au niveau des centres de santé de base de la préfecture alors que le CHP ne dispose que d'un seul spécialiste et a aménagé en 2014 une salle pour la petite chirurgie pour un montant global de 1.029.654,00DH dont l'acquisition en 2014 d'une colonne d'endoscopie avec laveur automatique pour un montant de 774.000,00DH, sans que ce matériel puisse être exploité jusqu'à présent. En outre un investissement en matériel de gastrologie a été réalisé mais demeure non exploité jusqu'à présent.

➤ **Autorisation de départ fréquent à la retraite anticipé de certains spécialistes malgré leur nombre insuffisant**

Il a été constaté un phénomène récurrent de départ à la retraite anticipé de certains spécialistes malgré leur nombre insuffisant et malgré le besoin exprimé par la direction pour augmenter leur effectif et répondre à un besoin croissant de la population en matière de prestations de soins. Ce phénomène a commencé en 2013 et s'est accéléré en 2015. Il s'agit à titre d'exemple de la cardiologie dont le CHP ne dispose jusqu'à présent que d'un spécialiste au centre de diagnostic de l'hôpital. Ce cardiologue a toutefois été autorisé au départ à la retraite anticipée en Juin 2015.

➤ **Mutation de certains spécialistes malgré leur nombre insuffisant et le besoin pour la spécialité au niveau du CHP**

Le ministère de la Santé a autorisé la mutation du seul ophtalmologue de l'hôpital. Ce médecin a intégré le CHP le 13 novembre 2009, il a ensuite été muté le 14 mars 2014 du CHP Sidi Lahcen vers la délégation de Ben Msik à Casablanca par le ministère alors qu'il était le seul à assurer les consultations ophtalmologiques au niveau de la préfecture de Skhirat Témara. Ce médecin a été muté sans que sa demande de mutation ait transitée par le CHP et par la délégation du ministère de la santé. Il a quitté son poste au CHP sans qu'il ait effectué la cessation d'activité. Le CHP ne dispose d'aucun document relatif à sa mutation.

## **2. Gestion du personnel paramédical**

➤ **Pénurie en personnel paramédical aggravée par le changement de cadre paramédical en cadre administratif**

Le CHP Sidi Lahcen connaît une pénurie en ressources humaines paramédicales. Cette situation est aggravée par le départ à la retraite par limite d'âge, le changement de cadre paramédical en cadre administratif suite à une formation, dont le diplôme donne accès au grade d'administrateur, et l'affectation de certains infirmiers vers des tâches administratives au lieu d'exercer le métier pour lequel ils étaient recrutés. Cette insuffisance impacte négativement le fonctionnement des services et la qualité des soins prodigués aux malades. En effet, le service des urgences a recours aux brancardiers pour combler cette insuffisance.

## **3. Observations communes au personnel du CHP**

➤ **Certificats médicaux du personnel déposés à la délégation au lieu du CHP**

La gestion des certificats médicaux souffre de dysfonctionnements entravant le fonctionnement des services et la production des soins aux malades. En effet, tout certificat médical qui dépasse les trois jours est déposé à la délégation préfectorale du ministère de la santé au lieu d'être déposé en premier lieu au CHP. En effet, la direction du CHP n'est pas informée qu'un médecin ou autre du personnel est absent suite à un certificat médical que lorsqu'elle contacte la délégation pour s'enquérir sur la possibilité de dépôt d'un certificat par un personnel du CHP ou la réception d'un courrier de la délégation qui peut prendre une durée assez longue pour l'informer qu'un certificat médical a été déposé par un personnel du CHP.

➤ **Absence des procédures de contrôle interne de la présence du personnel du CHP**

La direction du CHP n'a pas instauré un dispositif de contrôle interne qui permet de contrôler la présence du personnel au niveau des services de l'hôpital, ce qui engendre un absentéisme fréquent que ce soit du personnel médical, paramédical ou administratif. En outre, il a été constaté l'insuffisance des mesures disciplinaires prises contre l'absentéisme injustifié du personnel médical, paramédical et administratif du CHP.

➤ **Absence de coordination entre la division des ressources humaines, la délégation et le CHP en matière d'affectation du personnel**

Il a été constaté une insuffisance au niveau de la coordination entre la division des ressources humaines du ministère et ces différentes structures en ce qui concerne l'affectation du personnel

médical, paramédical et administratif. En effet, la DRH est responsable de l'affectation du personnel médical, paramédical et administratif du CHP. Toutefois, les décisions d'affectation ne sont pas prises en concertation avec la délégation et le CHP pour répondre à leurs besoins réels. D'autre part, il a été constaté l'absence de coordination entre la division des ressources humaines, la délégation et le CHP en matière d'autorisation de quitter le territoire national pour participer à des colloques, et ce n'est qu'après leur retour que la DRH du ministère informe la délégation et le CHP.

*La Cour des Comptes recommande de :*

- *Redéployer le sureffectif de certains médecins vers d'autres structures en attendant l'ouverture du nouveau CHP ;*
- *Prendre en considération le besoin du CHP en personnel médical et paramédical lors de l'autorisation de mutation ou de départ à la retraite anticipée ;*
- *Mettre en place un système de contrôle interne de la présence du personnel du CHP et exiger le dépôt des certificats médicaux en premier lieu au CHP qui doit en informer la délégation dans les meilleurs délais ;*
- *Instaurer des mécanismes de coordination entre la division des ressources humaines, la délégation et le CHP en matière de gestion des ressources humaines.*

### **G. Finance du centre hospitalier**

Les recettes propres de l'hôpital oscillent aux alentours de 2,3 à 3,4 millions de dirhams par an, comme le montre le tableau suivant :

Année	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Recettes propres</b>	2 641 590,63	3 460 925,16	3 345 941,40	3 275 129,80	2 822 631,55	2 333 474,50	2 643 133,50

Le contrôle de la gestion des recettes du CHP a révélé les observations suivantes :

➤ **Non recouvrement des montants importants de recettes auprès des organismes de prévoyance sociale et des usagers sans couverture médicale.**

Le montant des restes à recouvrer auprès des organismes de prévoyance sociale et des usagers a atteint la somme de 4 370 149,84 DH en décembre 2015. Notons, à cet égard que le montant des restes à recouvrer envers les usagers non couverts par un régime d'assurance médicale est de l'ordre de 3 918 745,00 DH, soit 90 % du montant total des créances non recouvrées.

➤ **Les prestations facturées sont inférieures au volume des activités médicales et chirurgicales recensées par l'hôpital**

Le montant des prestations facturées, durant la période allant du 01/01/2009 au 15/12/2015, tel qu'il résulte de l'application du bureau des admissions et de facturation est de l'ordre de 25 044 239,30DH pour un effectif de 23 668 malades. Sans compter les prestations prodiguées à 75 586 personnes bénéficiant du régime RAMED et qui ont atteint la somme de 18 402 864,50 DH en décembre 2015. Or, le volume des activités professionnelles du CHP tel qu'il figure dans les bilans annuels de la même période, porte sur un effectif des malades qui dépasse largement l'effectif enregistré au niveau de l'application du BAF. En effet, à titre d'illustration, le nombre des personnes, qui se sont présentées pour consultations médicales au niveau uniquement des urgences, est de l'ordre de 354 943 personnes, alors que l'effectif enregistré dans l'application du bureau d'admission et de facturation est de 21 malades.

Il y a lieu de rappeler, à cet égard, que le montant total des créances de l'hôpital, durant la période 2009 à 2015, est de l'ordre de 43 295 840,88DH dont une somme de 20 522 826,54DH seulement

qui a été recouvrée. Alors qu'une part importante des prestations de soins, qui a été prodiguée à une population d'au moins 443 681 malades, n'a pas fait l'objet de facturation. Ce qui dénote que le montant total des prestations facturées ne concorde pas avec l'importance du volume des activités rapporté dans les bilans d'activité.

➤ **Non établissement des factures à cause de l'absence des comptes rendus ou les codes de la NGAP**

Les services de l'hôpital ne veillent pas sur l'établissement des comptes rendus et l'attribution des codes de la NGAP par les médecins à l'occasion de l'établissement des fiches d'hospitalisation comme cela est indiqué au niveau de la décision du ministre de la Santé n°177-06 en date du 27 janvier 2006. Cette situation impacte l'opération de facturation des prestations prodiguées et ne permet pas à l'hôpital d'engager les procédures de recouvrement auprès des organismes concernés et des usagers.

*La Cour des Comptes recommande de prendre les mesures suivantes :*

- *Engager les diligences nécessaires pour le recouvrement des montants de recettes auprès des organismes de prévoyance sociale et les usagers sans couverture médicale ;*
- *Veiller à la facturation de toutes les prestations rendues par le CHP ;*
- *Inciter les praticiens au sein du CHP à établir les comptes rendus et à inscrire les codes de la NGAP pour faciliter le recouvrement des créances.*

## **II. Réponse du Ministre de la santé**

(Texte réduit)

### **A. Organisation structurelle du CHP**

#### **➤ Le manque de locaux de CSE**

Prenant acte de l'observation de la Cour des Comptes relative au Centre de Consultations Externes, l'administration a procédé à la construction et l'aménagement de deux salles de consultations ; une salle dédiée aux consultations polyvalentes et une autre dédiée aux consultations gastro-entérologues.

#### **➤ Situation de l'hôpital Sidi Lahcen**

Il est à signaler que l'hôpital actuel est en phase de transfert de ses activités vers le nouvel hôpital dont les travaux et les équipements sont sur le point d'être achevés.

La date prévisionnelle dudit transfert est prévue au mois de septembre 2018<sup>s</sup> et le raccordement au réseau d'assainissement ainsi que les travaux d'étanchéité seront programmés après le transfert. La Direction du CHP, la DPS et la DRS décideront le moment venu du devenir de l'actuel hôpital.

### **B. Gouvernance du CHP**

#### **1. Validation du projet d'établissement hospitalier**

La direction du CHP a préparé le Projet d'Etablissement Hospitalier relatif au nouvel hôpital depuis 2015 en coordination avec la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires (DHSA).

Ledit projet a été validé lors de la réunion du comité de gestion de 2016.

Les besoins en ressources humaines et la liste du matériel transférable et les besoins estimatifs des ressources financières nécessaires au bon fonctionnement du nouvel hôpital ont été adressés à la DHSA.

#### **2. Instances de concertation et d'appui**

##### **a. Le comité d'établissement.**

Le comité d'établissement se réunit effectivement au moins 04 fois par an et à chaque fois que c'est nécessaire.

Il est à noter qu'en réponse à l'observation de la Cour des Comptes à ce sujet, le médecin chef du réseau des établissements de soins « SRES ex SIAAP » assiste actuellement aux différentes réunions dudit comité en tant que coordonnateur des soins.

##### **b. Le comité de suivi et évaluation**

Cette instance est nouvellement créée, par conséquent, ses membres ont besoin d'une marge de temps nécessaire à assimiler les attributions et les objectifs du comité. La direction de l'hôpital est d'ailleurs engagée dans le but d'apporter toute l'aide permettant à cette instance d'atteindre ses objectifs.

Il est à noter aussi que l'insuffisance des locaux actuels réduit assez l'exercice de ses missions dans des conditions optimales. Concernant les instances CII et CMDP elles sont désignées.

##### **c. le CLIN**

Faute de candidat pour présider ce comité ainsi qu'un représentant du nouvel hôpital et l'absence de cadre adéquat pour exercer ces attributions, La direction de l'hôpital a mis en place un comité présidé par intérim par le chef du PSI.

Ce comité sera redynamisé une fois le transfert réalisé au nouvel hôpital vu que le cadre normatif et des équipements a été respecté au nouvel hôpital. Les procédures et les réunions seront tenues à jour.

#### **d. Le comité de gestion**

Depuis la nomination du nouveau Directeur en mai 2012, une première réunion a été tenue en avril 2013 et depuis le comité se réunit régulièrement une fois par an ;

Les efforts sont actuellement concentrés par l'équipe de direction du CHP et de la DMS sur les réunions de suivi du chantier, qui se déroulent une fois par semaine ainsi que d'autres réunions de suivi d'installation des équipements avec les professionnels concernés au nouvel hôpital, en vue d'assurer un transfert dans les plus brefs délais.

### **3. Les pôles de gestion**

L'intervention de la direction de l'hôpital dans les missions du PAM va dans le sens d'appui afin de maîtriser les tâches qui sont les siennes. En effet, le transfert des activités vers le nouvel hôpital permettra de bénéficier de meilleures conditions de travail et par conséquent, les pôles de gestion connaîtront leur activation effective conformément aux prérogatives du RIH.

## **C. Offre de soins**

### **1. Le SAA**

Pour pallier à certaines insuffisances en formation continue, le CHP dispose actuellement de deux ingénieurs informaticiens qui accompagnent le personnel de SAA. Un plan de formation est prévu au nouvel hôpital qui sera raccordé par un réseau informatique interne afin de préparer la personne à bien s'en servir.

Par manque de ressources humaines, Le SAA n'assure pas une garde de 24/24H, la Direction de l'hôpital a informé l'administration centrale de cette difficulté afin de la prendre en compte lors de l'ouverture du nouvel hôpital. Suite aux observations des auditeurs de la Cour des Comptes, la gestion des archives des certificats médico-légaux est confiée au chef de SAA.

Pour pallier aux insuffisances relatives à l'octroi des RDV, une application a été mise en place par l'administration centrale. Il s'agit du service « MAWIIDI » instauré depuis le 05/01/2016, et qui permet aux usagers d'obtenir des rendez-vous par internet « annexe 6 » ou par téléphone. Cette application a permis de mieux gérer les RDV et d'augmenter le nombre de consultations par spécialité ;

La direction du CHP est en cours de finaliser un plan de communication au grand public, l'objectif du Ministère de la santé étant d'arriver à 50% des RDV pris à distance d'ici fin 2018.

### **2. Service des urgences**

La pénurie en ressources humaines et en particulier le personnel infirmier rend la charge de travail très lourde est difficile à accomplir. Un seul infirmier, à titre d'exemple, qui est appelé à assurer la garde, assure aussi les tâches de tri, d'orientation, d'accueil, de soins, d'observation et de déchoquage, ceci se répercute sur la bonne tenue des registres au niveau du service des urgences ;

Pour remédier à cette situation il faut plus de personnels soignants : L'administration du CHP a priorisé le service des urgences en ce qui concerne les nouvelles affectations de personnels ayant rejoint le CHP. Ces nouvelles affectations ayant rejoint le service des urgences sont les suivantes :

- 03 infirmiers polyvalents ;
- 02 infirmières spécialistes en anesthésie réanimation
- 01 médecin spécialiste en réanimation médicales



### **3. Consultation spécialisée externe**

Les consultations spécialisées externes ont connu une nette amélioration depuis 2012, en effet, le nombre total des consultations spécialisées en 2017 est de 55067 contre 45045 en 2016, ce qui représente une hausse de 22%, et ce, suite à l'aménagement d'une unité de Gastro-entérologie et d'une nouvelle salle de consultation.

Afin de remédier à tout absentéisme des médecins ou tout manquement à la réalisation des prestations programmées, la Direction de l'hôpital veille à adresser des demandes d'explications aux intéressés et prend les mesures disciplinaires nécessaires.

### **4. Hospitalisation sans interventions chirurgicales**

La faiblesse du taux d'occupation au niveau du service de pédiatrie peut être imputée en grande partie à la pénurie en personnel infirmier. Ce service fonctionne actuellement avec une seule infirmière.

#### **Amélioration de la performance du service de médecine**

Le nouvel hôpital dispose de 02 unités de 30 lits chacune ce qui permettra de résoudre cette contrainte de capacité litière vu que l'hôpital dispose de plusieurs disciplines médicales.

S'agissant des patients de l'opération KARAMA ; il est à signaler que deux (02) médecins psychiatres affectés au Centre de Diagnostic ANNASR assurent actuellement leur suivi en attendant leur transfert au Centre social d'AIN ATIQ suite à l'accord du directeur dudit centre. Le suivi de ces patients sera assuré d'une façon hebdomadaire par les psychiatres du CHP.

### **5. Productivité du bloc opératoire**

(...)

Le bloc opératoire a réalisé 1585 interventions en 2017 soit **6 interventions** par jour sur la base de 252 jours ouvrables. Il ne dispose que de 06 personnels aides opératoires dont 04 femmes. Cette insuffisance en personnel est accentuée par les congés de maternité, les congés administratifs ainsi que les congés de maladie.

#### **➤ Chirurgie viscérale**

Cette discipline fait plus d'interventions programmées qu'urgentes contrairement aux autres disciplines à caractère plus urgent : traumatologie, obstétrique, qui revêt nettement un caractère urgent.

#### **➤ Vétusté de certains équipements du BO**

Comme il a été mentionné par la Cour des Comptes, la direction de l'hôpital a fait des efforts considérables pour renouveler les équipements du BO.

Ainsi les équipements suivants ont été acquis en 2017 :

- 01 scialytique chirurgical mobile ;
- 01 amplificateur de brillance ;
- 01 table opératoire ;

### **6. Rendement du service de la maternité**

Cette observation découle du fait que la maternité a une capacité litière réduite par rapport aux naissances attendues et ne dispose pas de bloc opératoire qui lui est propre. Elle partage les mêmes salles avec les autres disciplines, malgré cette situation, on note une nette amélioration de ses activités (...).

Le nombre des césariennes est passé de 1575 en 2015 à 1964 en 2017.

Actuellement le nombre de bénéficiaires des prestations est de 60 patients suite à l'acquisition par l'association d'un nouvel générateur de dialyse.

Concernant la vétusté des générateurs de dialyse, la direction du CHP et la délégation ont présenté deux projets d'acquisition de dix (10) nouveaux générateurs : un premier projet dans le cadre de l'INDH concernant cinq (05) générateurs et un deuxième projet avec la Direction des Equipements et de la Maintenance du Ministère de la Santé pour l'acquisition de cinq (05) autres générateurs.

## **7. Centre d'hémodialyse**

Actuellement le nombre de bénéficiaires des prestations est de 60 patients suite à l'acquisition par l'association d'un nouvel générateur de dialyse.

Concernant la vétusté des générateurs de dialyse, la direction du CHP et la délégation ont présenté deux projets d'acquisition de dix (10) nouveaux générateurs : un premier projet dans le cadre de l'INDH concernant cinq (05) générateurs et un deuxième projet avec la Direction des Equipements et de la Maintenance du Ministère de la Santé pour l'acquisition de cinq (05) autres générateurs.

## **D. Pharmacie hospitalière**

Les locaux de la pharmacie ne répondent pas au cadre normatif requis, Cette insuffisance sera résolue dès le démarrage des activités au nouvel hôpital prévu au mois de septembre 2018 ;

La pharmacie dispose d'un coffre-fort destiné aux produits toxiques (stupéfiants..) ;

L'achat localement des médicaments se fait sur la base des besoins réels exprimés par les utilisateurs, surtout pour des urgences, et les produits achetés sont utilisés en totalité. Sachant que la majorité des achats se fait dans le cadre des achats groupés par le service central.

Affectation d'une préparatrice en pharmacie ; la responsable de la pharmacie commence à assurer la supervision des services hospitaliers en ce qui concerne la gestion des médicaments et dispositifs médicaux ;

La responsable de la pharmacie hospitalière assure l'encadrement du personnel impliqué dans l'utilisation des médicaments par le partage d'information à l'occasion des différents contacts, au cours des supervisions programmées et par l'organisation de sessions de formation au profit du personnel ;

Concernant la gestion informatisée de la pharmacie, un projet est en cours de montage en collaboration avec la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires « DHSA » et la division de l'informatique et des méthodes ;

Quant à l'application « DIM » destinée à la gestion de la pharmacie, elle a été déjà installée en attente de dispenser la formation appropriée aux utilisateurs.

### **Le comité des médicaments**

Le comité des médicaments se réunit pour définir les besoins en médicaments et dispositifs médicaux.

## **E. Le laboratoire d'analyses médicales et le service de radiologie**

### **1. Le laboratoire d'analyses médicales**

Les nouveaux locaux déjà équipés du nouvel hôpital répondent parfaitement aux normes requises ;

Concernant le système de garde et d'astreinte, la Direction du CHP a mis en place un système d'astreinte depuis 2015 pour répondre aux urgences.

### **2. Service de radiologie**

Le service dispose de 04 médecins radiologues, ce qui lui permet d'assurer l'horaire normal ainsi que les gardes.

Un système d'astreinte pour les techniciens de radiologie est instauré pour répondre aux urgences nécessitant un bilan radiologique urgent.

Pour améliorer la performance du service de radiologie, la direction du CHP a acquis un nouveau numériseur.

## **F. Gestion des ressources humaines du CHP**

La direction a construit un nouveau local dédié à l'unité d'exploration digestive : endoscopie et coloscopie et a affecté une infirmière et a acquis tous les consommables et produits de stérilisation.

Cette unité est opérationnelle depuis 2016, elle prodigue les prestations nécessaires aux patients notamment les Ramedistes.

Notant que six (06) gastro-entérologues sont actuellement en fonction au CHP.

### **➤ Départ en retraite anticipée**

Le système de santé connaît un départ massif des cadres médicaux, ce qui aggrave d'avantage la pénurie des ressources humaines. A titre d'exemple, cette année 02 cardiologues ont quitté l'hôpital.

Concernant la mutation de l'ophtalmologiste du CHP, il a été remplacé par deux 02 ophtalmologistes qui y exercent actuellement.

### **➤ Le déficit en ressources humaines paramédicales**

Cette situation est partiellement corrigée par l'affectation de 03 infirmiers en plus de 02 infirmières spécialistes en anesthésie et réanimation. En plus un médecin spécialiste a été affecté au service de réanimation médicale.

### **➤ La gestion des certificats médicaux**

Ces certificats sont déposés directement à l'administration du CHP qui les traite en interne, les certificats de moins de trois jours sont transmis à la Délégation par fax. Pour les certificats de plus de trois jours, ils sont traités le jour même pour déclencher la procédure nécessaire.

### **➤ Les mesures prises contre l'absentéisme**

L'administration a mis en place des registres de présence à signer par tous les fonctionnaires.

Un système de garde et d'astreinte est instauré dans les services ;

## **G. Finance du centre hospitalier**

L'administration du CHP a affecté deux (02) fonctionnaires chargés d'assurer les tâches de recouvrement des créances relatives aux différentes catégories d'assurés et des irréguliers.

Les dossiers sont envoyés dans les délais à la CNOPS et CNSS.

Quant au recouvrement concernant les irréguliers, les dossiers sont envoyés régulièrement à la trésorerie préfectorale pour qu'elle entame la procédure réglementaire de suivi des créances vis-à-vis des redevables.

### **➤ Les dysfonctionnements liés à la facturation**

Ces dysfonctionnements sont liés à l'absence de facturation en dehors des heures ouvrables par manque de ressources humaines au niveau du SAA.

Le problème de codage et comptes rendus d'hospitalisation a été surmonté ; l'administration a mis à la disposition des spécialistes le codage des actes professionnels.

## **Commentaires du Ministre de l'économie et des finances au sujet du contrôle de la gestion des centres hospitaliers**

(Texte intégral)

### ➤ **Concernant le volet relatif à la gouvernance et le pilotage**

Vu l'importance de ce volet et son rôle pour assurer une meilleure gestion et veiller à la performance de ses résultats. Il est proposé, d'analyser l'ensemble des volets afférents à cet axe, dont notamment les points relatifs à :

- Améliorer le cadre de gouvernance des ressources humaines et instaurer un système de gestion de la performance de ses ressources ;
- Mettre en place un plan d'action de renforcement de la capacité de gestion des gestionnaires pour une meilleure allocation des ressources.

### ➤ **S'agissant du Projet d'établissement hospitalier**

Il est proposé d'ajouter au niveau des recommandations les points suivants :

- Tenir compte des volets relatifs à la formation, à la gestion et également au système d'information qui revêt une importance particulière en tant qu'outil permettant une prise en charge sécurisée des patients et d'aide à la prise de décision ;
- Respecter les objectifs du schéma régional de l'offre de soins, et déterminer les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement dont chacun des établissements hospitaliers le composant doit disposer pour réaliser ses objectifs ;
- Intégrer des fiches projets indiquant les actions envisagées pour chaque objectif stratégique avec un échéancier de réalisation et les structures responsables et associées, le coût estimatif, les ressources humaines et financières nécessaires et les indicateurs de suivi et d'évaluation.

Aussi, et en vue de répondre aux objectifs assignés à la nouvelle loi organique relative à la loi de finances, notamment en matière de renforcement de la programmation budgétaire pluriannuelle permettant aux gestionnaires une meilleure visibilité dans la gestion de leurs programmes, **il est également proposé d'adosser à ce PEH un budget triennal indiquant les ressources et dépenses nécessaires pour la mise en œuvre des différentes activités de ce projet.**

### ➤ **En ce qui concerne le système d'information hospitalier**

Tenant compte que la fiabilité des données et l'efficacité des systèmes d'informations est un préalable nécessaire à mettre en place notamment au niveau des hôpitaux publics en vue d'accompagner les réformes dans le domaine de la santé notamment la réforme de la Couverture Médicale de Base (AMO et RAMED), **il est proposé d'ajouter une recommandation portant sur la mise à niveau des Services d'Accueil et d'Admission (SAA) des hôpitaux, notamment en ce qui concerne les outils informatiques et de facturation.**

### ➤ **Pour le volet relatif à la gestion financière, et notamment la partie afférente à la gestion des dépenses**

Il est à remarquer l'absence des données sur l'exécution financière des dépenses, à travers un examen des taux d'engagement et d'émissions des différentes rubriques budgétaires et de la situation de trésorerie. Ainsi, **il est proposé d'intégrer également ce volet et de recommander la nécessité de veiller à améliorer les indicateurs de performance financière pour assurer l'efficacité et l'efficience des dépenses.**

➤ **En ce qui concerne les structures d'accueil, d'accès aux soins, services cliniques et médico techniques**

Les centres hospitaliers doivent fournir beaucoup d'efforts pour améliorer la qualité des services notamment l'accueil et de veiller à assurer des prestations sanitaires de qualité aux populations. Egalement des efforts sont à faire pour l'optimisation des structures (salles de consultations, équipements...) et une meilleure exploitation des ressources existantes.

➤ **En matière de déblocage des subventions**

La Direction du Budget veille au déblocage des différentes subventions dans les meilleurs délais dès qu'elle reçoit les pièces nécessaires de la part des services compétents du Ministère de la Santé.

A noter également que ce déblocage reste tributaire du disponible de trésorerie des centres hospitaliers concernés et des capacités de consommation des crédits, sachant que certains centres dénotent de faibles taux d'engagement et d'émission des crédits mis à leur disposition.

Il est à préciser que le non versement des subventions d'investissement en 2013 et 2016 est une décision qui a concerné l'ensemble des hôpitaux SEGMA, et ce tenant compte qu'en 2013 c'était une proposition émanant du Ministère de la Santé suite à la décision gouvernementale du gel de ses crédits d'investissement, et en 2016 le non déblocage de la subvention a été compensé par le programme de mise à niveau des hôpitaux qui a bénéficié d'un montant de 1 milliard de dirhams dans le cadre du budget d'investissement du Ministère de la Santé.

➤ **En matière de gestion des prestations externalisées**

La Direction du Budget adhère parfaitement à la recommandation émise dans ce sens et insiste sur la nécessité de revoir la politique des centres hospitalier en matière de gestion des marchés en se conformant à la réglementation en vigueur et à travers la veille au respect des clauses des cahiers de prescriptions spéciales par les titulaires des différents marchés.